



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent

Recommandations de bonne pratique (RBP)
Septembre 2011

Hélène Thibault

Recommandations pour la pratique clinique

Données de la
littérature scientifique

État des pratiques

Groupe de travail

Version initiale des recommandations

Groupe de lecture

RECOMMANDATIONS



Les grades des recommandations HAS (rappel)

A	Preuve scientifique établie
----------	-----------------------------

B	Présomption scientifique
----------	--------------------------

C	Faible niveau de preuve
----------	-------------------------

AE	Accord d'experts
-----------	------------------

Groupe de travail

Dr Thibault Hélène, pédiatre, Bordeaux - présidente du groupe de travail

M. Pitard Alexandre, directeur de la Fédération des réseaux de santé de Franche-Comté, Besançon – chargé de projet

Mme Lavie Estelle, méthodologiste, Saint Denis - chef de projet HAS

Mme Atchoarena Sylviane, infirmière en chef
conseillère technique, Ciboure/Blanquefort

Mme Bergère Jocelyne, psychologue, Draveil

Dr Caron François-Marie, pédiatre, Amiens

Mme Citrini Marie, secrétaire générale CNAO,
représentante des usagers, Paris

M. Communal David, formateur-enseignant en
activités physiques adaptées, Saint-Médard-en-
Jalles

Mme Desjardins Hélène, diététicienne, Toulouse

Dr Dhenain Muriel, chef de projet HAS

Dr Frelut Marie-Laure, pédiatre, Moulares

Dr Grandazzi Marie-Hélène, pédiatre, Bullion

Dr Guigné Christophe, médecin de santé publique,
médecin de l'Éducation nationale, Annecy

Dr Isnard Pascale, pédopsychiatre, Paris

Dr Kurtz François, pédiatre, Saint-Avoid

Dr Nègre Véronique, pédiatre, Besançon

M. Quinart Sylvain, enseignant en activités
physiques adaptées, Besançon

Mme Régnier Faustine, sociologue, Ivry-sur-Seine

Dr Santana Pascale, médecin généraliste, Paris

Pr Tauber Maïthé, pédiatre, Toulouse

Dr Treppoz Sophie, pédiatre, Lyon

Dr Moquet Marie-José, chef du département qualité
et labellisation, Inpes, Saint-Denis

Dr le Masne Arielle, chargée d'expertise
scientifique, Inpes, Saint-Denis

Groupe de lecture

Mme Abgrall Sophie, enseignante en activités physiques adaptées, Angers

Pr Basdevant Arnaud, nutritionniste, Paris

Dr Blanchet Corinne, endocrinologue, Paris

Dr Borgne Jean-Yves, médecin généraliste, Ribemont-sur-Ancre

Dr Bouglé Dominique, pédiatre, Bayeux

Dr Briend André, nutritionniste, Montregon

M. Brun Nicolas, chargé de mission, Paris

Mme Bulliard Janine, diététicienne, Besançon

M. Castel Patrick, sociologue, Paris

Mme Castetbon Katia, épidémiologiste, Saint-Maurice

Mme Cavelier Régine, diététicienne coordinatrice RéPPOP 69, Lyon

Pr Chantepie Alain, pédiatre cardiologue, Tours

Mme Chantereau Hélène, diététicienne, Paris

Dr Colette-Cluzeaud Martine, médecin du sport, médecin de l'Éducation nationale, Le Plessis-Robinson

Dr Courouble Catherine, médecin généraliste, Amiens

Dr Dabbas-Tyan Myriam, pédiatre, Paris

Dr De Baillens Gyslène, médecin de l'Éducation nationale, Parthenay

Dr De Billy Benoît, orthopédiste, Besançon

M. De Saint-Pol Thibaut, sociologue, Insee, Paris

Mme Delmotte Virginie, masseur-kinésithérapeute, Berck-sur-Mer

Mme Dijuste Catherine, psychologue, Boulogne-Billancourt

Mme Dion Isabelle, infirmière, Château-Gantier

Dr Dubern Béatrice, pédiatre nutritionniste, Paris

Pr Dupont Christophe, gastro-entérologue pédiatrique, Paris

Dr Escoffier-Pietri Isabelle, médecin généraliste, Amiens

Mme Ferreira de Carvalho Alice, infirmière scolaire chargée du dossier éducation pour la santé, Périgueux

Dr Feur Elisabeth, médecin de santé publique, Athis-Mons

Mme Fèvre Corinne, infirmière de l'Éducation nationale, Champagne-sur-Seine

Dr Gastaud Frédérique, pédiatre, Nice

Dr Grohens Marc, psychiatre, Villejuif

Mme Guinot Brigitte, psychologue, Limoges

Pr Hankard Régis, pédiatre, Poitiers

Pr Jacquet Jean-Pierre, médecin généraliste, Saint-Jean-d'Arvey

M. Lauga Grégory, enseignant en activités physiques adaptées, Bordeaux

Dr Liagre-Duteil Véronique, nutritionniste, Rochefort
Dr Marek Marie-Christine, médecin du travail,
Hénin-Beaumont
Mme Martinaud Laurence, diététicienne, Mérignac
Dr Mercier Charles-Symphorien, médecin
généraliste nutritionniste, Toulon
Dr Nicolet-Guenat Marie, médecin généraliste
nutritionniste, Salins-les-Bains
Mme Onorato Oriane, psychologue, Bordeaux
Mme Peirano Corinne, diététicienne, Paris
Dr Perès Gilbert, médecin du sport, Paris
Dr Petiot-Bechet Sylvie, médecin de médecine
physique et de réadaptation, Le Grau-du-Roi
Mme Pourrat Muriel, pharmacienne, Bondy
Dr Robert Jean, médecin généraliste, Monnaie
Mme Robichon Françoise, infirmière, Annecy
Dr Rochereau Brigitte, médecin généraliste,
nutritionniste, Antony
Dr Roggero Jan-Louis, médecin généraliste,
Capvern-les-Bains
Mme Roy Élodie, psychologue, Fleury-Mérogis

Mme Rolland-Cachera Marie-Françoise,
épidémiologiste, Bobigny
Mme Sandalinas Fanny, ingénieur d'études,
Montceaux
Dr Sansonetti-Perrin Claudine, pédiatre, La Tronche
Dr Sépulcre Joël, pédiatre, Sanary-sur-Mer
Dr Taillardat Michel, pédiatre, Romagnat
Pr Thevenon André, médecin de médecine
physique et de réadaptation, Lille
M. Thöni Gilles, physiologiste de l'activité physique
et de la santé, Montbazin
Pr Tounian Patrick, pédiatre nutritionniste, Paris
Pr Turck Dominique, pédiatre, Lille
M. Vellard Martin, masseur-kinésithérapeute,
Montrichard
Dr Vidailhet Michel, pédiatre, Saint-Max
Dr Wagner-Malher Kathy, pédiatre, Nice
Mme Watson Jocelyne, représentante des usagers,
Cayenne
Dr Zerr Philippe, médecin généraliste, Levallois-
Perret

Autres personnes consultées dans le cadre de ce projet

Dr Bertrand Anne-Marie, pédiatre endocrinologue
diabétologue, Besançon
Mme Bourron-Normand Catherine, diététicienne,
Paris
Mme Dreyfus Marlène, psychologue, Paris
Dr Ginioux Chantal, médecin de l'Éducation
nationale, Bobigny
Pr Girardet Jean-Philippe, pédiatre, Paris

Dr Jouret Béatrice, pédiatre endocrinologue,
Toulouse
Mme Veyries Marie-Laure, Afssaps, Saint-Denis
Dr Vincent Isabelle, Inpes, Saint-Denis
Mme Joly Anne-Sophie, association d'usagers,
Paris



Les messages clés

Recommandations « Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent »

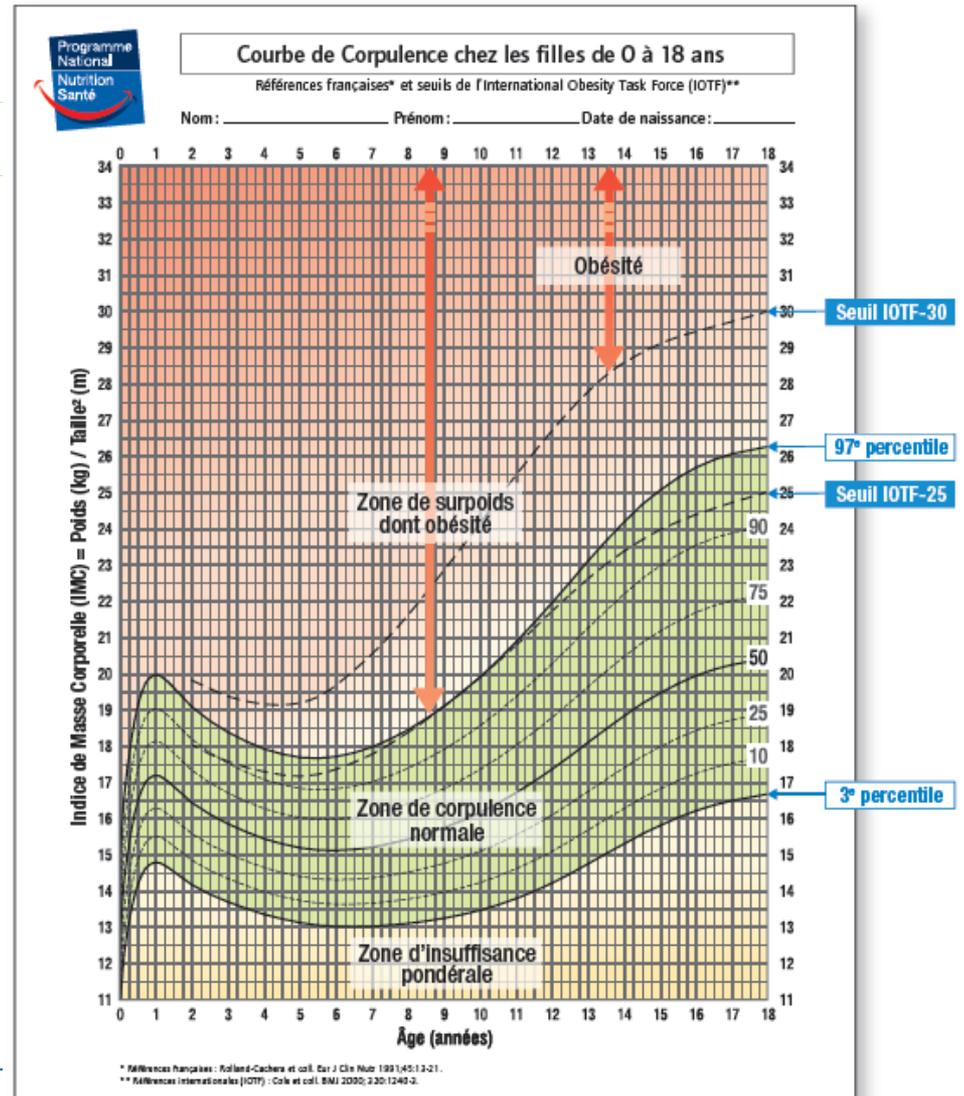
Comment et quand dépister le surpoids et l'obésité ?



$$\text{IMC} = \frac{\text{poids (kg)}}{\text{taille}^2 \text{ (m}^2\text{)}}$$



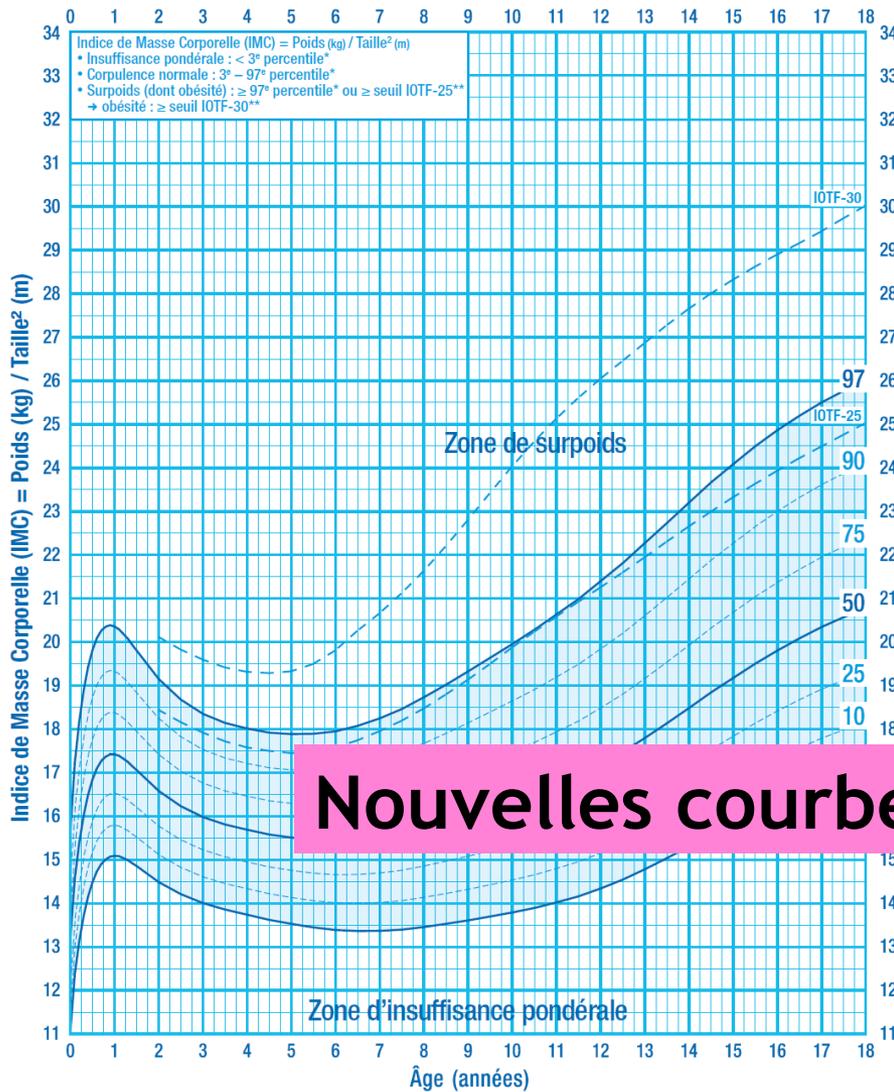
- **Obésité :**
IMC \geq seuil IOTF-30
- **Surpoids (incluant l'obésité) :**
IMC \geq 97^e percentile



Courbe de Corpulence chez les garçons de 0 à 18 ans

Références françaises et seuils de l'International Obesity Task Force (IOTF)

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

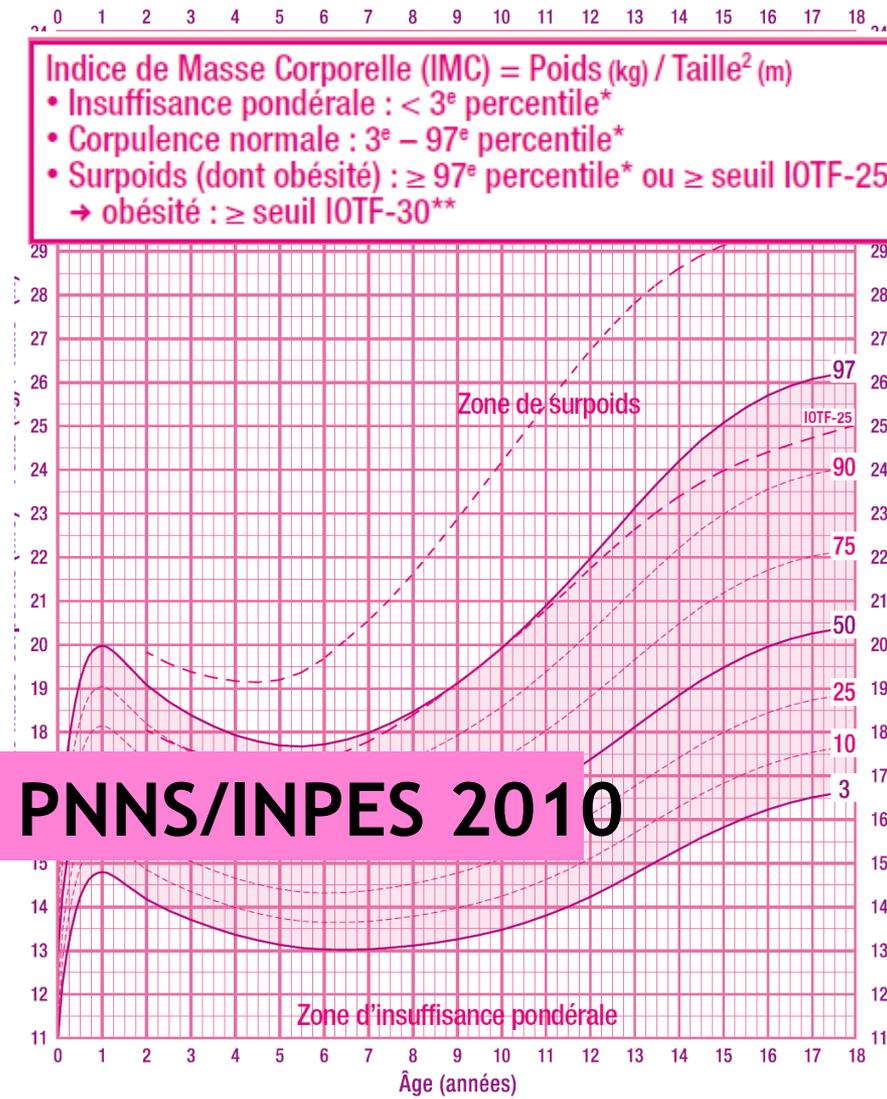


Nouvelles courbes PNNS/INPES 2010

Courbe de Corpulence chez les filles de 0 à 18 ans

Références françaises et seuils de l'International Obesity Task Force (IOTF)

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____



Pour chaque enfant, le poids et la taille doivent être mesurés régulièrement. L'IMC est calculé et reporté sur la courbe de corpulence.

Courbes de l'IMC diffusées dans le cadre du PNNS à partir des références françaises* issues des données de l'étude séquentielle française de la croissance du Centre International de l'Enfance (Pr Michel Sempé), complétées par les courbes de référence de l'International Obesity Task Force (IOTF)** atteignant les valeurs 25 pour le surpoids (IOTF-25) et 30 pour l'obésité (IOTF-30) à l'âge de 18 ans.

* Références françaises: Rolland Cachera et coll. Eur J Clin Nutr 1991;45:13-21.

** Références internationales (IOTF): Cole et coll. BMJ 2000;320:1240-3.

Pour chaque enfant, le poids et la taille doivent être mesurés régulièrement. C est calculé et reporté sur la courbe de corpulence.

Courbes de l'IMC diffusées dans le cadre du PNNS à partir des références françaises* issues des données de l'étude séquentielle française de la croissance du Centre International de l'Enfance (Pr Michel Sempé), complétées par les courbes de référence de l'International Obesity Task Force (IOTF)** atteignant les valeurs 25 pour le surpoids (IOTF-25) et 30 pour l'obésité (IOTF-30) à l'âge de 18 ans.

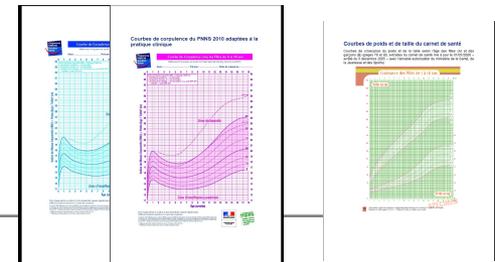
* Références françaises: Rolland Cachera et coll. Eur J Clin Nutr 1991;45:13-21.

** Références internationales (IOTF): Cole et coll. BMJ 2000;320:1240-3.

Comment et quand dépister le surpoids et l'obésité ?

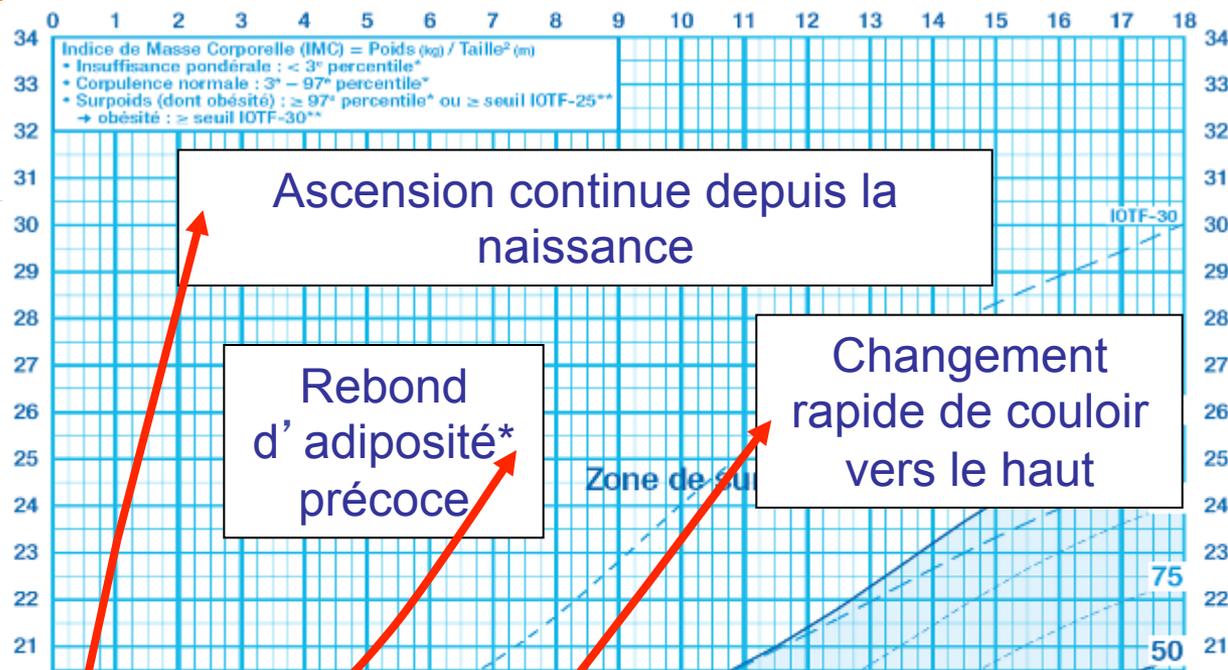
AE

- Surveiller l'IMC systématiquement chez tous les enfants et adolescents
 - ✓ dès la naissance
 - ✓ quelle que soit leur corpulence apparente
 - ✓ quel que soit le motif de la consultation
 - ✓ au minimum 2 ou 3 fois par an
- À l'aide des courbes d'IMC de référence en fonction de l'âge et du sexe.
 - ✓ tracer les 3 courbes : IMC, taille, poids
 - ✓ les reporter dans le carnet de santé



Les signes d'alerte à repérer sur la courbe IMC

*L'âge de rebond est l'âge correspondant au point le plus bas de la courbe d'IMC (en moyenne = 6 ans)



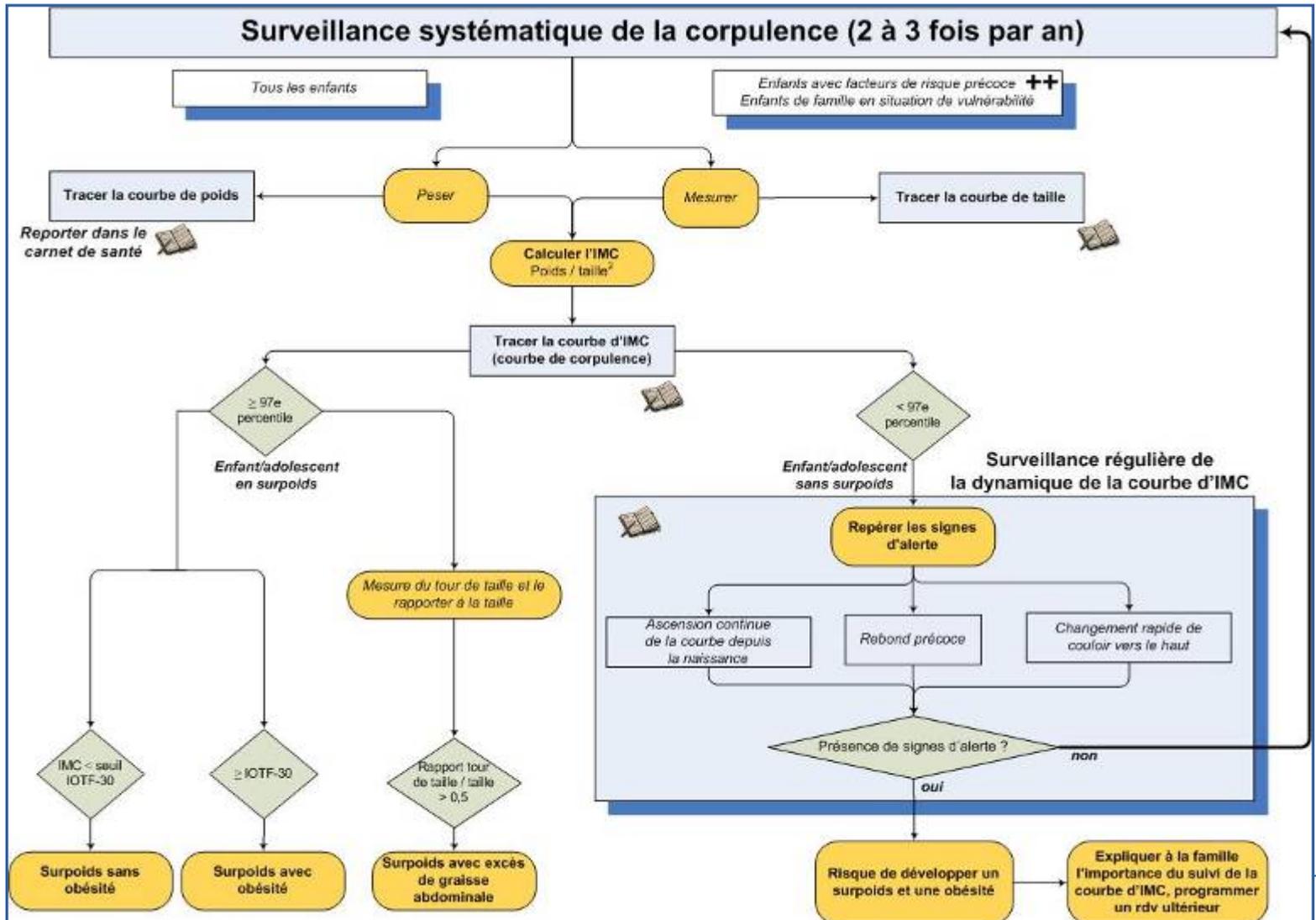
■ Quels sont les signes d'alerte à repérer ?

AE

- Rebond d'adiposité précoce (plus il est précoce, plus le risque de devenir obèse est élevé)³.
- Ascension continue de la courbe IMC depuis la naissance.
- Changement rapide de couloir de la courbe IMC vers le haut.
- Si le rapport tour de taille / taille est > 0,5, l'enfant présente un excès de graisse abdominale associé à un risque cardio-vasculaire et métabolique accru.

Algorithmes décisionnels

➤ Dépistage



L'annonce du diagnostic

AE

- Expliquer, rassurer, dédramatiser, déculpabiliser
- Explorer la représentation du corps et du poids qu'ont l'enfant et des parents
- Présenter de façon simple les objectifs à long terme et les moyens de les atteindre ensemble

Evaluation initiale

■ Contenu de l'évaluation initiale par le médecin habituel

AE

- Examen clinique comprenant la recherche de facteurs associés et des comorbidités.
- Entretien de compréhension centré sur l'enfant et sa famille.

■ Quand faut-il réaliser des examens complémentaires ?⁴

AE

- Chez un enfant en surpoids sans obésité, sans signe clinique évocateur d'une comorbidité, ni antécédent familial de diabète ou de dyslipidémie :
 - ▶ il n'y a pas lieu de faire des examens complémentaires à la recherche de complications.
- Chez un enfant en surpoids avec antécédent familial de diabète ou de dyslipidémie OU chez un enfant présentant une obésité :
 - ▶ il est recommandé de réaliser systématiquement un bilan :
 - exploration des anomalies lipidiques (EAL) : cholestérol total, HDL-C et triglycérides plasmatiques, permettant le calcul du LDL-C ;
 - glycémie à jeun et transaminases (ASAT, ALAT).

PRINCIPES DE LA PRISE EN CHARGE

L'objectif de soin est l'amélioration de la qualité de vie et la prévention des complications.

AE

- **Un suivi régulier et prolongé d'au minimum 2 ans est recommandé.**

Il est recommandé que la prise en charge :

- soit fondée sur les principes de l'éducation thérapeutique du patient ;
- prenne en compte l'alimentation, l'activité physique et la sédentarité, l'équilibre des rythmes de vie, les aspects psychologiques et socio-économiques ;
- implique les parents et/ou les adultes responsables de l'enfant ou de l'adolescent ;
- obtienne l'adhésion de l'enfant ou de l'adolescent et de sa famille ;
- veille à ne pas culpabiliser, blesser ou stigmatiser.

APPROCHE ET MOYENS THÉRAPEUTIQUES : RÔLE DU MÉDECIN

■ Accompagnement diététique

AE

- Le but est d'obtenir un changement durable dans les habitudes alimentaires de l'enfant/adolescent et de son entourage en se référant aux repères nutritionnels du PNNS pour l'enfant et l'adolescent.
- Les objectifs seront retenus en accord avec l'enfant/adolescent et sa famille en tenant compte de leurs goûts.
- Les régimes à visée amaigrissante sont déconseillés.
- Aucun aliment ne doit être interdit.

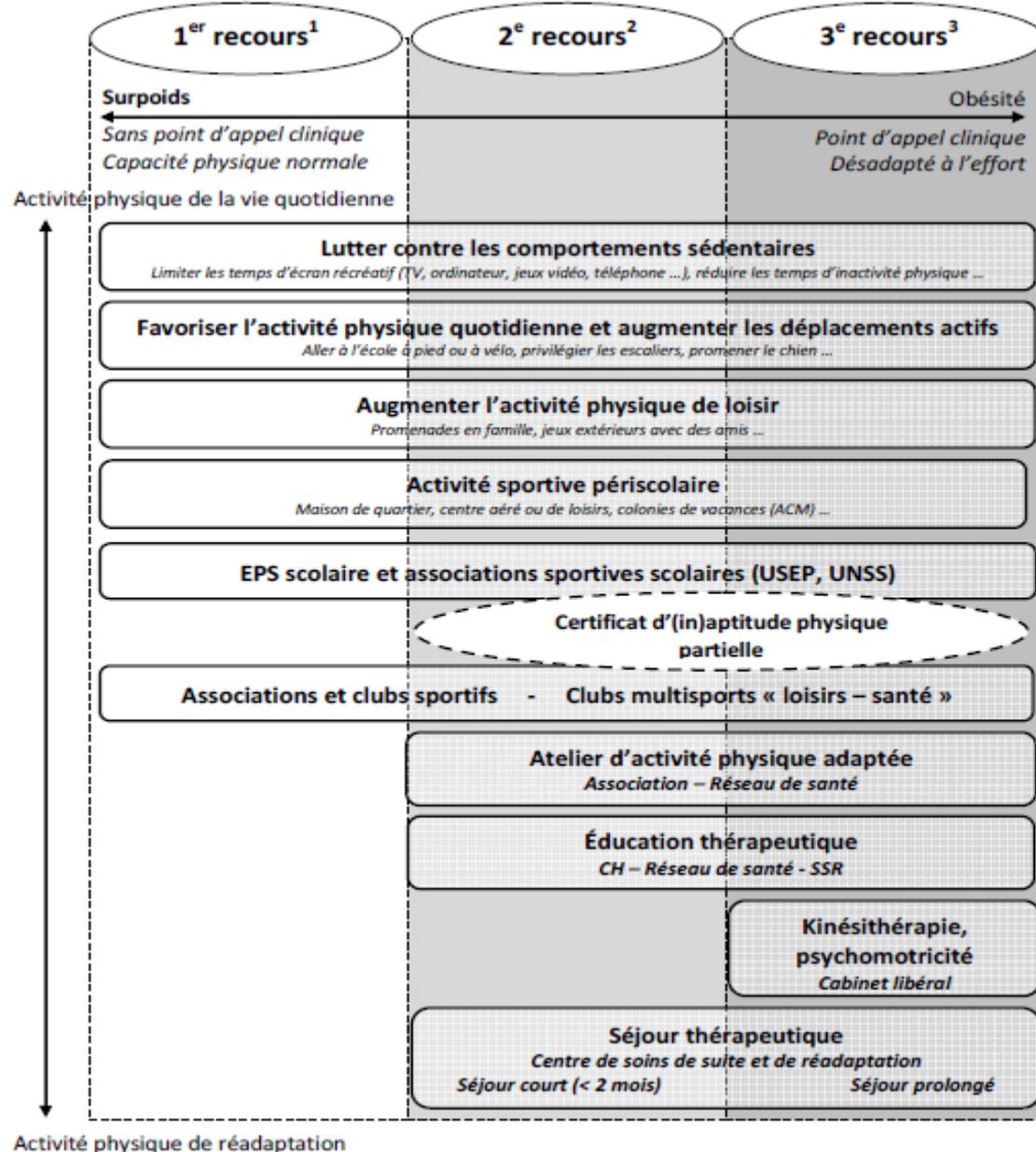
■ Accompagnement en activité physique

AE

- L'objectif est d'augmenter l'activité physique et de réduire la sédentarité.
- Il est recommandé de parvenir à cumuler plus de 60 minutes d'activité physique quotidienne modérée à intense.
- Il est recommandé de limiter les comportements sédentaires, notamment les temps d'écran à visée récréative.

Algorithmes décisionnels (4)

Prescription de l'activité physique



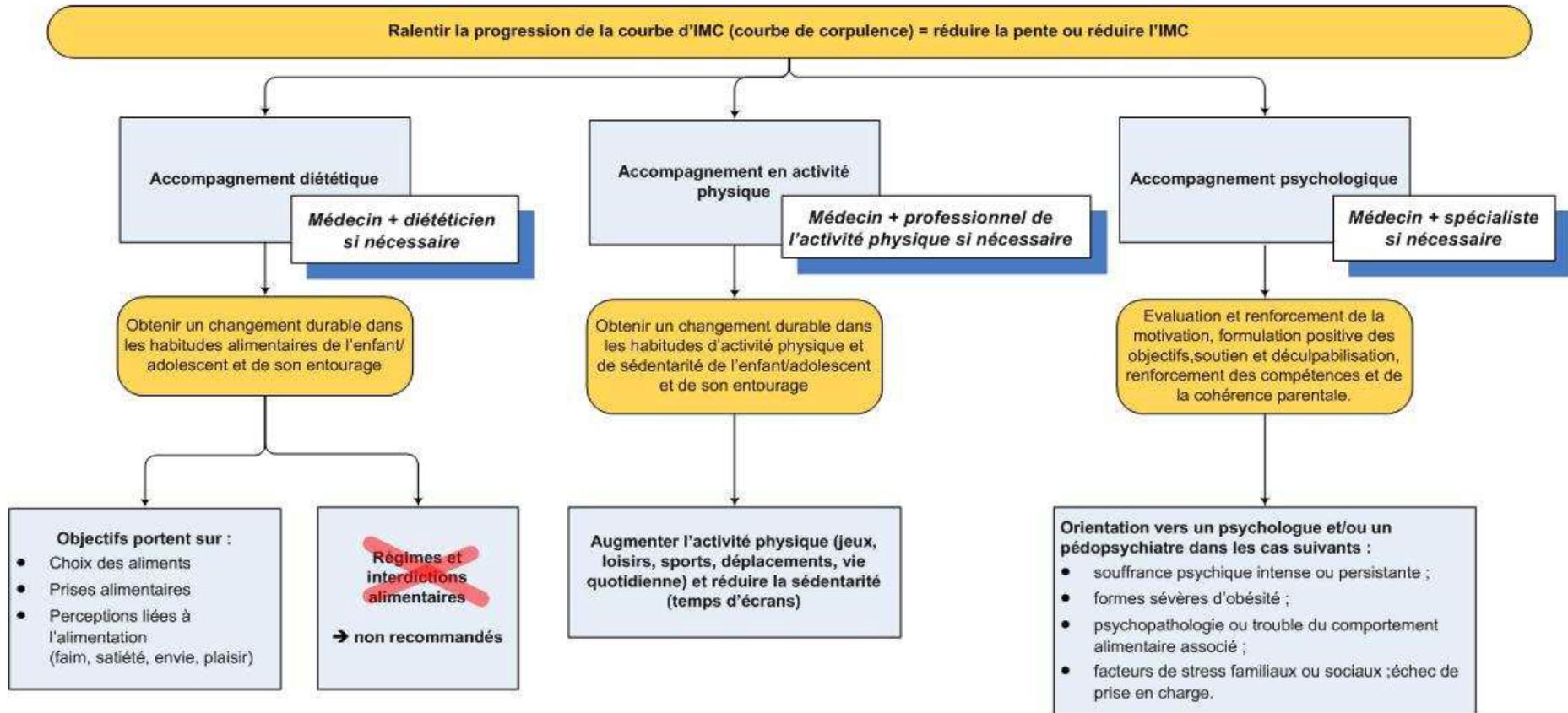
■ Accompagnement psychologique

AE

- L'accompagnement psychologique comporte :
 - évaluation et renforcement de la motivation, formulation positive des objectifs, soutien et déculpabilisation, renforcement des compétences et de la cohérence parentale.
- L'orientation vers un psychologue et/ou un pédopsychiatre est recommandée dans les cas suivants :
 - souffrance psychique intense ou persistante ;
 - formes sévères d'obésité ;
 - psychopathologie ou trouble du comportement alimentaire associé ;
 - facteurs de stress familiaux ou sociaux ;
 - séparation d'avec les parents envisagée (séjour en SSR⁵) ;
 - échec de prise en charge.

Algorithmes décisionnels (2)

Approches et moyens thérapeutiques

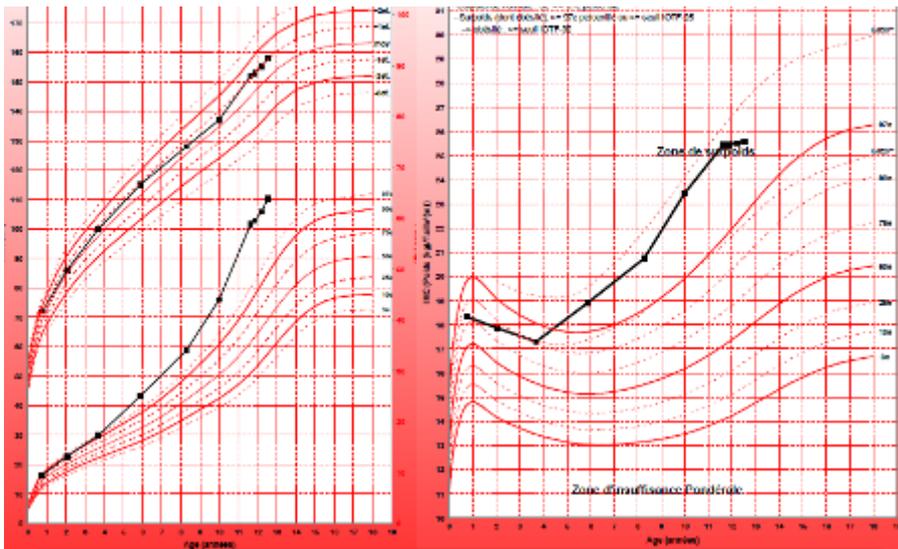


■ L'objectif de perte de poids est-il pertinent ?

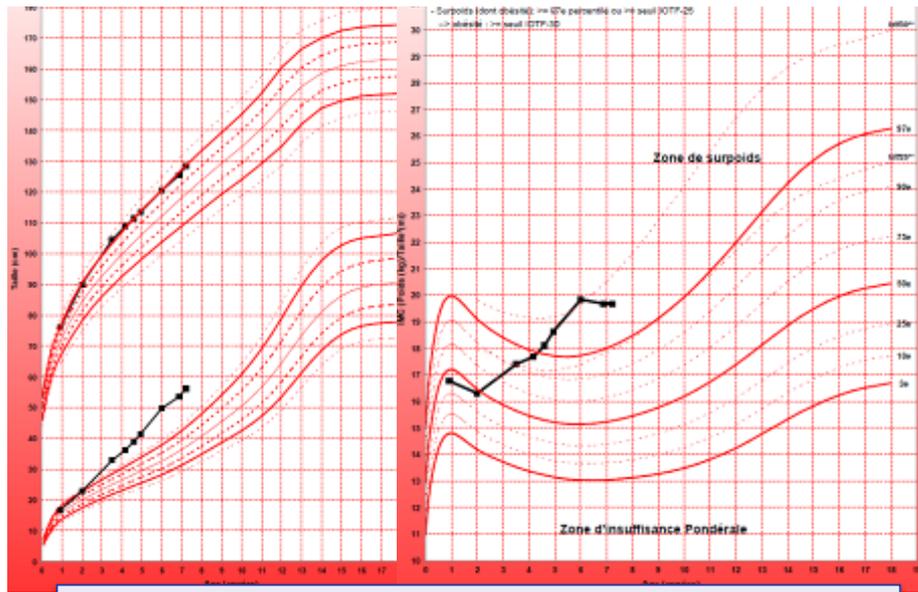
AE

- La perte de poids n'est pas un objectif prioritaire chez l'enfant et l'adolescent en surpoids ou obèse.
- L'objectif est de ralentir la progression de la courbe de corpulence.
- Tout enfant/adolescent peut avoir son propre objectif pondéral. Il est important de le connaître et de le prendre en compte.

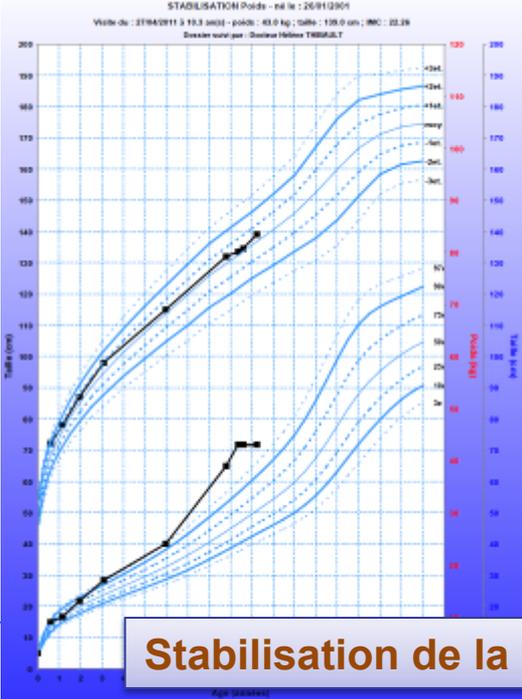
Evolution de la courbe d'IMC en fonction de l'évolution du poids



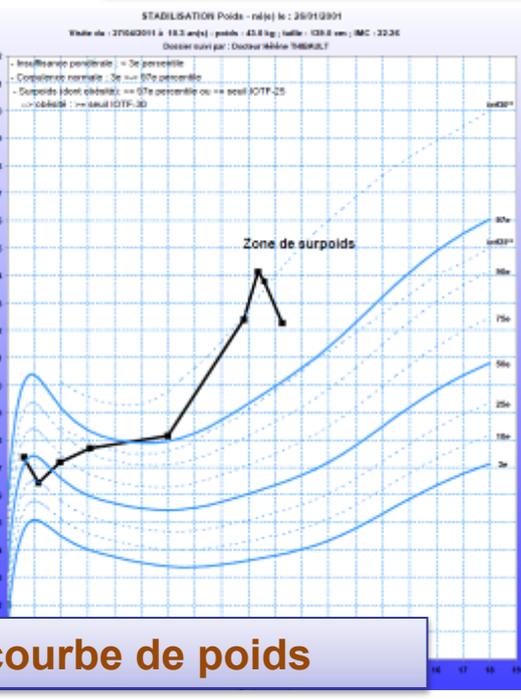
Infléchissement de la courbe d'IMC



Stabilisation de la courbe d'IMC



Stabilisation de la courbe de poids



■ Médicaments et chirurgie

AE

- Les traitements médicamenteux ne sont pas recommandés chez l'enfant et l'adolescent dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité.
- La chirurgie n'a pas d'indication dans la prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. Son utilisation n'est pas recommandée.

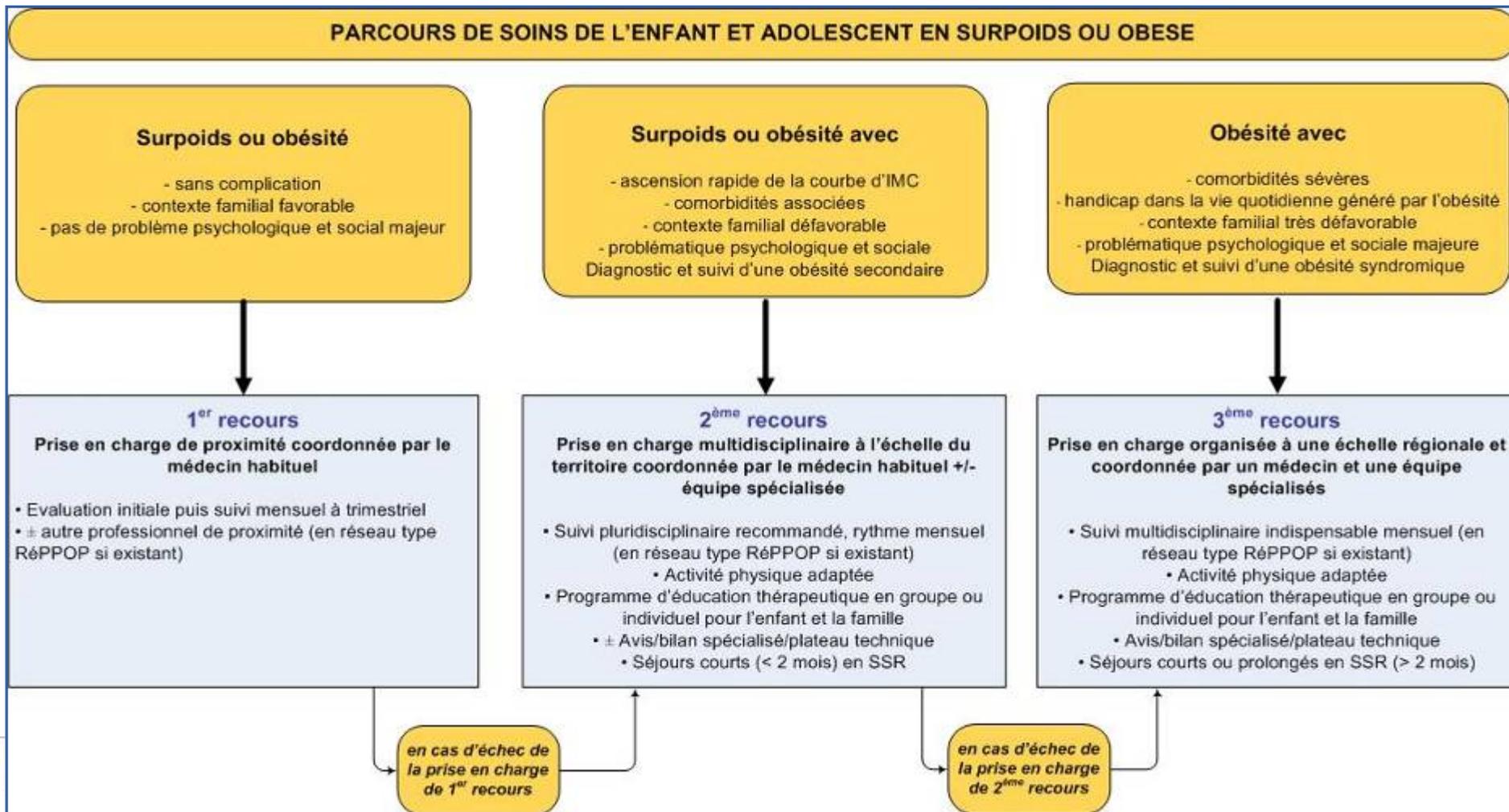
Trois niveaux de prise en charge

AE

- **1^{er} recours** : de proximité par le médecin habituel
 - ✓ surpoids ou obésité commune non compliquée
 - ✓ contexte familial favorable
 - ✓ pas de problème psychologique et social majeur
- **2^e recours** : multidisciplinaire à l' échelle d' un territoire + professionnels spécialisés
 - ✓ échec de la prise en charge de 1^{er} recours
 - ✓ et/ou surpoids avec ascension brutale de la courbe d' IMC
 - ✓ et/ou obésité avec d' éventuelles comorbidités associées ...
- **3^e recours** : échelle régionale + médecin et une équipe spécialisés
 - ✓ échec de la prise en charge de 2^e recours
 - ✓ et/ou comorbidités sévères
 - ✓ et/ou handicap dans la vie quotidienne généré par l' obésité
 - ✓ et/ou contexte familial très défavorable

Algorithmes décisionnels (3)

➤ Trois niveaux de prise en charge





Les documents disponibles

Les documents de la RBP



5 pages

1. Synthèse de la recommandation

- Messages clés
 - 5 pages

2. Recommandation

- Intégralité des recommandations
 - 27 pages + 6 annexes = 44 pages

3. Argumentaire scientifique

- Synthèse critique des données de la littérature + avis du groupe de travail à la base des recommandations
 - 165 pages + 16 annexes/outils + références = 221 pages



44 pages

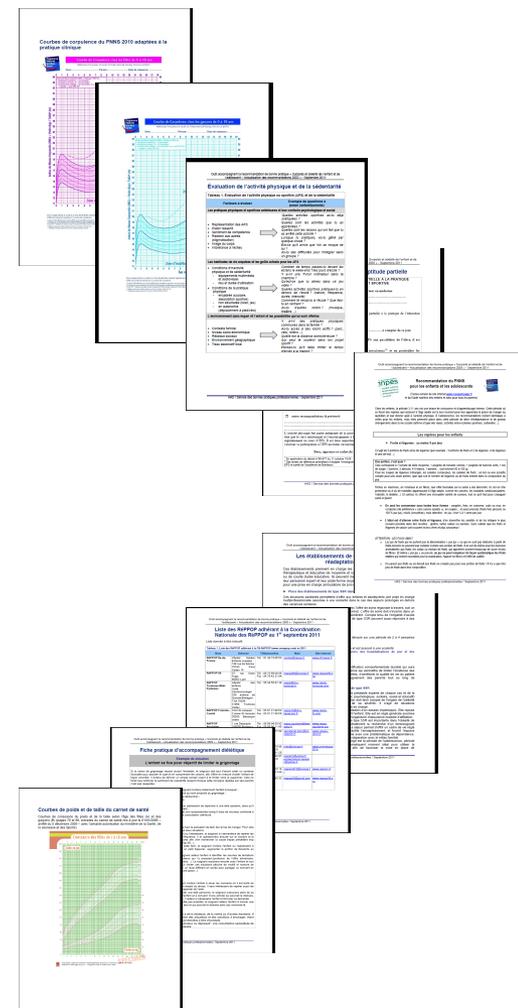


221 pages

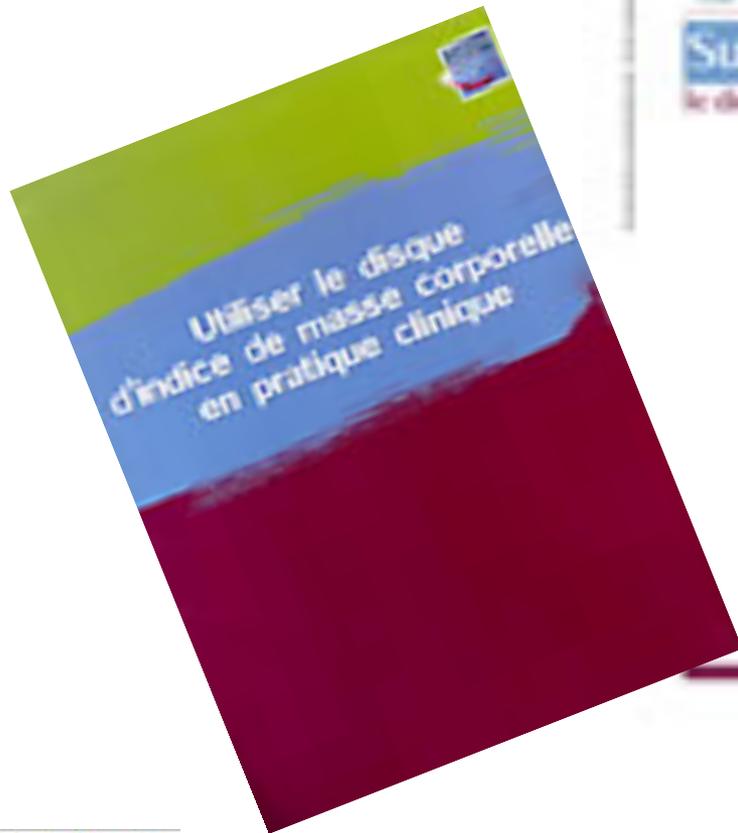
Les outils annexes

➤ Outils de mise en œuvre

- 9 outils (dont outils Inpes*)
 - Courbes de poids et de taille du carnet de santé
 - *Courbes de corpulence – IMC - PNNS 2010
 - *Recommandations du deuxième PNNS pour tous les enfants et les adolescents
 - Tableau- Résumé des données de l'évaluation clinique
 - Fiche pratique d'accompagnement diététique
 - Exemple de certificat d'inaptitude partielle à la pratique de l'éducation physique et sportive
 - Evaluation de l'activité physique et de la sédentarité
 - Les établissements de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)
 - Les Réseaux de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité pédiatrique (RÉPPOP)



Dans l'actualité des recommandations HAS



Dans l'actualité des recommandations HAS



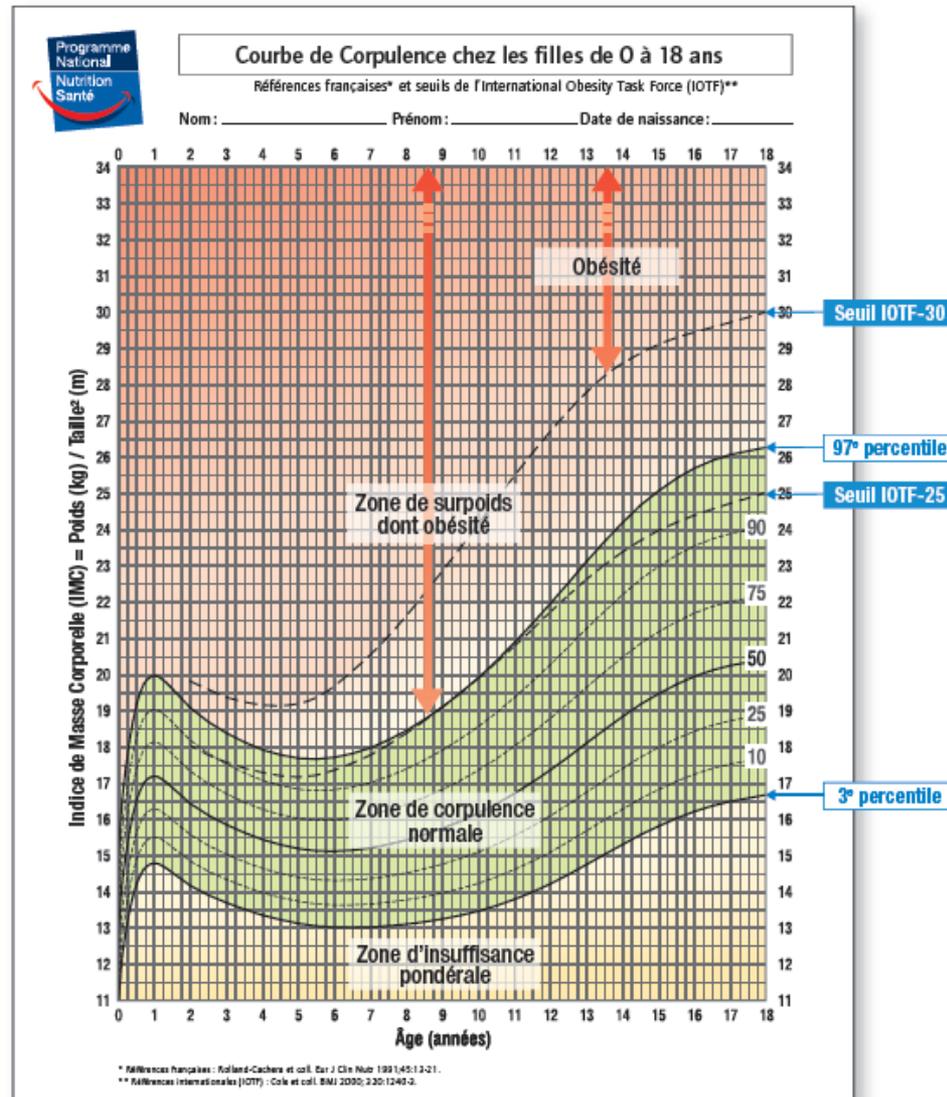
Évaluer et suivre la corpulence des enfants



- Un geste simple pour repérer et prévenir le surpoids et l'obésité
- Des pistes pour accompagner les enfants et leurs familles



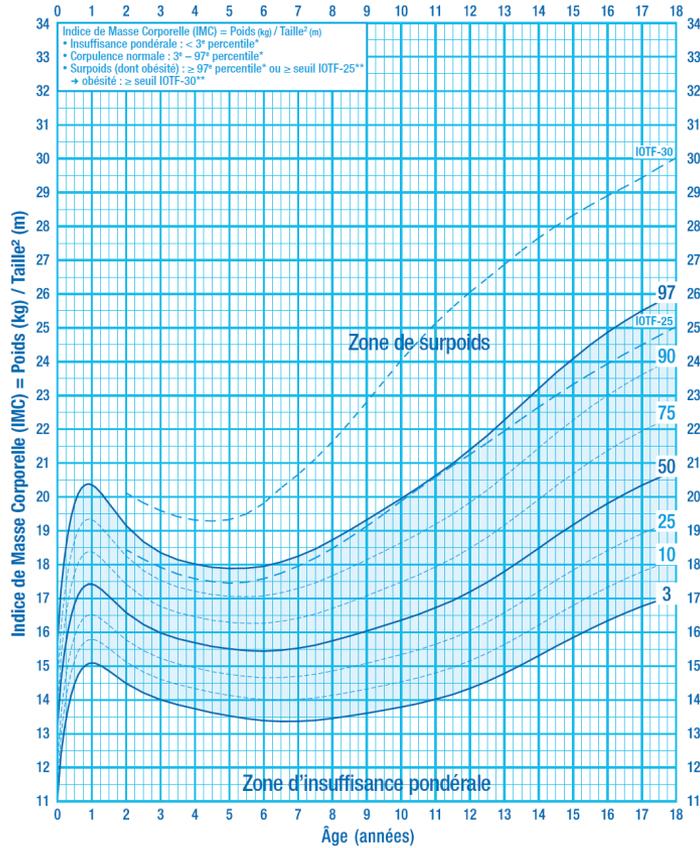
- page 2 *Le surpoids et l'obésité des enfants, des enjeux majeurs de santé publique*
- page 3 *L'indice de masse corporelle et les courbes de corpulence*
- page 7 *Situations pratiques*
- page 10 *Corpulence, alimentation et activité physique: commencer par faire le point*
- page 12 *Pour en savoir plus*



Courbe de Corpulence chez les garçons de 0 à 18 ans

Références françaises et seuils de l'International Obesity Task Force (IOTF)

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____



Pour chaque enfant, le poids et la taille doivent être mesurés régulièrement.

L'IMC est calculé et reporté sur la courbe de corpulence.

Courbes de l'IMC diffusées dans le cadre du PNNS à partir des références françaises* issues des données de l'étude séquentielle française de la croissance du Centre International de l'Enfance (P. Michel Sempé), complétées par les courbes de référence de l'International Obesity Task Force (IOTF)** atteignant les valeurs 25 pour le surpoids (IOTF-25) et 30 pour l'obésité (IOTF-30) à l'âge de 18 ans.

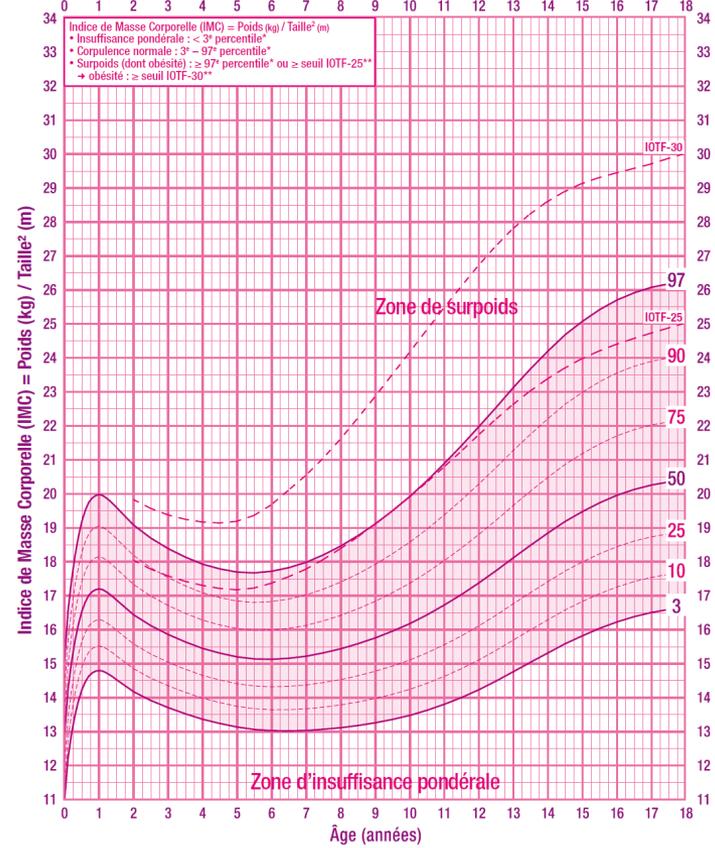
* Références françaises: Roland Cachera et coll. Eur J Clin Nutr 1991;45:13-21.

** Références internationales (IOTF): Cole et coll. BMJ 2000;320:1-6.

Courbe de Corpulence chez les filles de 0 à 18 ans

Références françaises et seuils de l'International Obesity Task Force (IOTF)

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____



Pour chaque enfant, le poids et la taille doivent être mesurés régulièrement.

L'IMC est calculé et reporté sur la courbe de corpulence.

Courbes de l'IMC diffusées dans le cadre du PNNS à partir des références françaises* issues des données de l'étude séquentielle française de la croissance du Centre International de l'Enfance (P. Michel Sempé), complétées par les courbes de référence de l'International Obesity Task Force (IOTF)** atteignant les valeurs 25 pour le surpoids (IOTF-25) et 30 pour l'obésité (IOTF-30) à l'âge de 18 ans.

* Références françaises: Roland Cachera et coll. Eur J Clin Nutr 1991;45:13-21.

** Références internationales (IOTF): Cole et coll. BMJ 2000;320:1-6.

Dans l'actualité des recommandations HAS



Annexe 9. Recommandations du deuxième Programme national nutrition santé (PNNS) pour tous les enfants et les adolescents



Recommandations du PNNS pour les enfants et les adolescents



(Textes extraits du site Internet www.mangerbouger.fr et du Guide nutrition des enfants et ados pour tous les parents)

Chez les enfants, la période 3-11 ans est une phase de croissance et d'apprentissage intense. Cette période où se fixent des repères qui resteront à l'âge adulte est le bon moment pour leur apprendre le plaisir de manger au quotidien et leur donner goût à l'activité physique. À l'adolescence, les recommandations restent identiques à celles pour les enfants, mais elles prennent place dans cette période de désir d'indépendance et de grands changements dans la vie sociale (rythme et type des repas, activités extra-scolaires sportives, culturelles...).

Les repères pour les enfants

➤ Fruits et légumes : au moins 5 par jour

Il s'agit de 5 portions de fruits et/ou de légumes (par exemple : 3 portions de fruits et 2 de légumes, 4 de légumes et une de fruit...).

Une portion, c'est quoi ?

Cela correspond à 1 tomate de taille moyenne, 1 poignée de tomates cerises, 1 poignée de haricots verts, 1 bol de soupe, 1 pomme, 2 abricots, 4-5 fraises, 1 banane... (soit environ 80 à 100 g).
Pour les soupes de légumes mélangés, les salades composées, les salades de fruits : un bol ou une assiette compte pour une seule portion, quel que soit le nombre de légumes ou de fruits entrant dans la composition du plat.

Riches en vitamines, en minéraux et en fibres, leur effet favorable sur la santé a été démontré. Ils ont un rôle protecteur vis à vis de maladies apparaissant à l'âge adulte, comme les cancers, les maladies cardiovasculaires, l'obésité, le diabète...). Et surtout, ils offrent une incroyable variété de saveurs, tout ce qu'il faut pour conjuguer santé et plaisir.

- **On peut les consommer sous toutes leurs formes** : surgelés, frais, en conserve, cuits ou crus, en compotes (de préférence « sans sucres ajoutés »), en soupes... et aussi pressés (fruits frais pressés ou 100 % pur jus), mixés (smoothies), mais attention : en jus, c'est ½ à 1 verre par jour.
- **L'idéal est d'alterner entre fruits et légumes**, d'en diversifier les variétés et de les intégrer le plus souvent possible dans des recettes : gratins, tartes salées ou sucrées. Sans oublier que les fruits et légumes de saison sont souvent moins chers et plus savoureux !

ATTENTION : LES FAUX-AMIS !

- Les jus de fruits qui ne portent pas la dénomination « pur jus » ou qui ne sont pas élaborés à partir de fruits pressés ne peuvent pas compter comme une portion de fruits. Il en est de même pour les boissons aromatisées aux fruits, les sodas ou nectars de fruits, qui apportent souvent beaucoup de sucre et peu de fibres. Et même « pur jus » ou pressé, **un jus ne peut remplacer de façon systématique les fruits entiers** qui restent essentiels pour la mastication, l'apport en fibres et l'effet de satiété.

<http://www.mangerbouger.fr/pro/sante/se-mobiliser-20/nutrition-aux-differents-ages-de-la-vie/recommandation-du-pnns-pour-les-enfants-et-les-adolescents.html>

- Un yaourt aux fruits ou un biscuit aux fruits ne compte pas pour une portion de fruits ! Il n'y a que très peu de fruits dans leur composition.

➤ Les féculents : à chaque repas et selon l'appétit

On classe dans cette famille :

- Le pain et les autres aliments céréaliers : riz, semoule, blé entier ou concassé, pâtes, maïs, céréales du petit déjeuner...
- Les légumes secs : pois chiches, lentilles, haricots blancs ou rouges, flageolets, fèves...
- Les pommes de terre, le manioc et son dérivé, le tapioca

Importants pour éviter le grignotage

Les glucides complexes apportés par les féculents fournissent une énergie que le corps est capable d'utiliser progressivement (contrairement aux glucides simples des aliments sucrés). Ils permettent ainsi de « tenir » entre les repas et d'éviter le grignotage à tout moment de la journée.

Comment les consommer ?

En faisant varier leur place au sein du repas : en accompagnement (associés à des légumes par exemple), en tant qu'ingrédients de base, ou grâce au pain - complet de préférence.

En version « complète », c'est encore mieux

À base de céréales complètes, les féculents sont encore plus intéressants pour la santé : les céréales complètes sont beaucoup plus riches en de nombreux nutriments favorables à la santé (fibres, vitamines...). Pain, pâtes, riz : tous les principaux féculents existent sous une forme complète. Le pain bis est fait à base de farine semi-complète.

LES FÉCULENTS NE FONT PAS GROSSIR, MAIS ATTENTION À CE QU'ON MET AVEC...

Lors de la cuisson ou au moment du repas l'ajout de sauces, de matières grasses ou de fromages est à modérer. Pourquoi ne pas les relever d'une touche de basilic ou d'une sauce tomate maison ?

➤ Les produits laitiers : 3 ou 4 par jour

Les produits laitiers sont le lait et ses dérivés : yaourts, fromage blanc, fromage. On considère qu'une portion de produit laitier pour un enfant entre 3 et 11 ans doit apporter environ 200 mg de calcium soit, pour avoir une idée, un verre moyen de lait (ou un petit bol), un yaourt nature, 20 g d'emmental, 3 petits-suisseurs, 50 g de camembert (soit 1/5 de camembert)...

Pourquoi sont-ils importants ?

Ils apportent le calcium nécessaire à la croissance des enfants et à la solidité de leurs os. Ils apportent également des protéines, utiles elles aussi à la solidité des os mais surtout aux muscles.

Essentielle aussi : la vitamine D ! Elle permet au corps d'utiliser le calcium de l'alimentation. Elle est essentiellement fabriquée par la peau sous l'action des rayons du soleil. Pour en profiter, il suffit que l'enfant joue régulièrement en plein air.

Lait entier ou écrémé ?

Écrémé ou entier, le lait apporte la même quantité de calcium. Seule la quantité de matière grasse diffère. Le lait demi-écrémé offre un bon compromis. Il convient parfaitement aux enfants à partir de 3 ans.

ATTENTION : LES FAUX-AMIS !

- Les préparations au soja ne contiennent pas ou peu de calcium et ne peuvent pas remplacer les produits laitiers.
- Les glaces et les crèmes desserts ne font pas partie des produits laitiers : ce sont des produits sucrés. La crème et le beurre non plus : ce sont des matières grasses.

➤ **Viande, œuf, poisson : 1 à 2 fois par jour en alternant**

Ils apportent des protéines, nécessaires notamment aux muscles.

Comment les consommer ?

Au déjeuner ou au dîner, en quantité inférieure à celle de l'accompagnement (féculents et légumes). Pour un enfant de 4/5 ans, une portion de 50 g par jour de viande ou de poisson suffit, ce qui équivaut à un œuf, une tranche fine de jambon ou une tranche de blanc de poulet. Pour un enfant de 12 ans ou un adolescent, la portion est doublée, soit 100 g par jour de viande ou de poisson (ou 2 œufs).

Que choisir ?

• **Pour la viande** : privilégier les moins grasses ou les morceaux les moins gras : poulet sans la peau, escalopes de volaille, filet maigre de porc, steak haché à 5 % de matières grasses, jambon blanc... Limitez les charcuteries très riches en graisses et sel.

• **Pour les poissons** : leurs matières grasses ont des effets protecteurs sur la santé (celles des poissons gras notamment). Essayer d'en proposer au moins deux fois par semaine en variant les poissons et leur mode de cuisson : papillote, vapeur, poêle etc. Les filets de poissons surgelés nature sont faciles et rapides à cuisiner à l'eau ou au micro-ondes... et n'ont aucune arête ! Les sardines, maquereaux en conserve ont un faible prix et sont tout aussi intéressants.

Les poissons panés constituent, certes, un moyen de faire manger du poisson aux enfants, mais ils sont bien plus gras que le poisson nature et donc plutôt à réserver aux « dépannages » de dernière minute...

➤ **Les matières grasses : modération et variété**

Elles sont indispensables au fonctionnement de l'organisme car elles participent à la fabrication de ses cellules, mais sont aussi très caloriques : mieux vaut les consommer avec modération.

Comment les consommer ?

- En privilégiant les matières grasses végétales : huiles de colza ou d'olive notamment, margarine... Leurs acides gras sont de meilleure qualité.
- La crème fraîche peut très bien accommoder légumes et féculents de temps en temps... Mais en faible quantité et en privilégiant autant que possible les sauces à base de yaourt ou de coulis de tomates.
- Le beurre, une noisette sur une tranche de pain au petit déjeuner, et parfois pour une saveur dans les légumes...
- En limitant la consommation de graisses ajoutées : pour la cuisson, dans les plats chauds.
- En alternant les préparations nécessitant de la matière grasse et les modes de cuisson « maigres ».

Les plats préparés sont parfois très riches en graisses : une information à rechercher sur les étiquettes.

➤ **Les produits sucrés : à limiter**

Consommés en excès, les produits sucrés - comme le sucre, les boissons sucrées, les confiseries, les biscuits et viennoiseries, les crèmes desserts, etc. - favorisent la prise de poids. Ils peuvent entraîner la formation de caries dentaires, en l'absence d'un brossage des dents régulier. Enfants et adolescents peuvent cependant en manger pour le plaisir, mais de temps en temps et en quantité raisonnable.

Pour en limiter la consommation, on peut habituer l'enfant à ne pas mettre trop de sucre dans ses yaourts, privilégier les fruits frais comme dessert et garder viennoiseries et bonbons pour des occasions exceptionnelles.

Pour le goûter (recommandé chez les enfants), privilégier le pain avec du chocolat, de la confiture, du fromage, de la compote, des fruits frais...

Limiter, voire éviter les sodas et boissons sucrées, on ne les laisse pas à disposition, ils n'accompagnent pas les repas.

➤ **Eau : à volonté pendant et entre les repas**

L'eau est la seule boisson recommandée, à volonté au cours et en dehors des repas, ainsi qu'avant, pendant et après un effort physique.

On peut donner un peu de fantaisie au verre d'eau d'un enfant en le décorant d'une rondelle d'orange ou d'une feuille de menthe. Et avec une paille, un verre d'eau devient plus attrayant ! On peut aussi proposer de l'eau gazeuse.

Et les autres boissons ?

Les boissons sucrées (sirops, sodas, boissons à base de jus de fruits, nectars...) sont à consommer de façon occasionnelle, car elles contiennent beaucoup de sucre, apportent des calories et ne calment pas la soif. Mieux vaut ne pas en donner aux repas et éviter de donner l'habitude du sirop dans le verre d'eau. Enfin, cela va toujours mieux en le disant : aucune boisson alcoolisée.

> Sel : à limiter

Environ 80 % du sel consommé viennent des aliments eux-mêmes, les 20 % restants proviennent du sel ajouté lors de la cuisson ou dans l'assiette. Pour éviter de donner aux enfants l'habitude de manger trop salé, on peut :

- Limiter l'achat d'aliments riches en sel : plats préparés, charcuteries, biscuits apéritifs, snacks... (la teneur en sodium – 100 mg de sodium = 0,27 g de sel - est indiquée sur l'étiquette, la quantité de sel consommée dépend surtout de la quantité d'aliment consommée) ;
- Saler légèrement l'eau de cuisson et relever les plats en leur donnant du goût avec des épices et/ou des herbes aromatiques fraîches, déshydratées ou surgelées (persil, basilic, coriandre...) ;
- Éviter la salière sur la table ;
- Demander aux enfants de goûter le contenu de leur assiette avant de saler.

> L'équivalent d'au moins 1 heure de marche rapide par jour : un repère clé

Bouger est aussi important que d'avoir une alimentation équilibrée

L'activité physique est essentielle pour l'équilibre énergétique. Mais surtout, elle protège la santé (en diminuant les risques de développer de nombreuses maladies à l'âge adulte). Bouger dès le plus jeune âge permet aussi de prendre de bonnes habitudes pour plus tard.

Pour les enfants, il est recommandé de faire au moins l'équivalent d'une heure de marche rapide chaque jour

Ce repère permet d'avoir une idée du temps à consacrer à une activité physique chaque jour. Le vélo, la piscine, les jeux de plein air ou le sport sont aussi des moyens de faire bouger un enfant.

Gare à la sédentarité !

Rester inactif toute la journée (devant la télévision ou l'ordinateur), ce n'est pas bon pour la santé. Pourquoi ne pas profiter des beaux jours pour faire un foot, dehors, avec les copains ou juste aller se balader ?

Bouger plus c'est encore mieux, par exemple avec un sport. À chacun de déterminer ses attentes pour choisir ce qui lui correspond le mieux, que ce soit pour l'ambiance d'équipe (rugby, foot, basket...), pour se dépasser (athlétisme, cyclisme, gymnastique, natation, escalade...), pour se mesurer à un adversaire (Kendo, escrime, karaté, judo, tennis...), pour se détendre (yoga, tai-chi-chuan...).

Comment organiser les repas de la journée ?

Le rythme des repas répond à nos besoins biologiques, mais aussi à nos habitudes sociales et culturelles. En France, la vie familiale et scolaire entraîne une organisation en trois repas par jour chez les adultes, auxquels s'ajoute le goûter chez les enfants et les adolescents. Cependant, d'autres organisations sont possibles, comme elles existent dans certaines régions du monde. L'équilibre alimentaire ne se fait pas sur un seul repas, mais sur la journée et même éventuellement sur plusieurs jours. L'important est de suivre les repères de consommation.

Dans l'actualité des recommandations HAS



Dans l'actualité des recommandations HAS



Surpoids de l'enfant : le dépister et en parler précocement

Tout professionnel de santé en contact avec des enfants ou des adolescents peut être amené à identifier un surpoids voire une obésité chez un jeune venu en consultation pour un motif qui n'a parfois – apparemment du moins – rien à voir avec sa corpulence. Le dialogue qui peut alors s'amorcer autour de la question du poids est un moment important pour aboutir à une prise de conscience partagée par les parents et le jeune.

Chaque consultation peut être l'occasion d'aborder la question du poids

Il peut s'agir de répondre à une demande d'emblée explicite d'une famille, venue consulter pour ce motif soit spontanément, soit sur les conseils d'un autre professionnel de santé.

Parfois, ce n'est que dans un deuxième temps que le motif de la consultation s'avère être en lien avec le surpoids (par exemple, une demande de dispense de sport, un problème orthopédique, un problème respiratoire, etc.).

Mais le surpoids, qu'il soit manifeste ou non, peut aussi être dépisté à l'occasion d'une consultation pour un tout autre motif. Dans ce cas, commencer par répondre à la demande initiale du jeune ou de la famille permet d'établir un climat de confiance propice pour aborder ensuite la question du poids.

La courbe de corpulence, un outil pour amorcer le dialogue

Avoir une courbe de corpulence à jour dans le carnet de santé de chaque enfant

L'indice de masse corporelle (IMC) rend compte de la corpulence d'un individu. Sa formule de calcul est la même quel que soit l'âge (poids [kg]/taille² [m]) mais, pour l'enfant, l'IMC ne peut s'interpréter qu'à l'aide de courbes de référence (selon le sexe), représentant les valeurs de l'IMC en fonction de l'âge.

La courbe de corpulence permet d'identifier précocement un surpoids en train de se constituer, c'est une information essentielle qui doit être accessible à tout intervenant dans la santé de l'enfant, via le carnet de santé. Celui-ci constitue le meilleur support du partage de l'information entre les différents professionnels impliqués : médecin traitant de l'enfant, personnels de santé scolaire, de PMI, etc.

La surveillance systématique de la corpulence est recommandée⁽¹⁾, au minimum deux ou trois fois par an, pour tous les enfants et les adolescents :

- quel que soit leur âge ;
- quelle que soit leur corpulence apparente ;
- quel que soit le motif de la consultation.

Porter une attention particulière à l'âge de survenue du rebond d'adiposité

Physiologiquement, la corpulence varie au cours de la croissance : en moyenne, elle augmente jusqu'à 1 an, puis

diminue jusqu'à 6 ans et croît à nouveau jusqu'à la fin de la croissance. La remontée de la courbe est appelée **rebond d'adiposité**. L'âge de survenue du rebond d'adiposité est corrélé à l'adiposité à l'âge adulte : plus le rebond est précoce, plus le risque de devenir obèse est élevé.

Points de repère

- Le diagnostic de surpoids repose sur le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC).
- La formule de calcul de l'IMC s'applique à tous les âges : $IMC = \text{poids (kg)} / \text{taille}^2 \text{ (m)}$.
- Chez l'enfant, l'IMC s'interprète grâce à la courbe de corpulence :
 - un changement de couloir vers le haut est un signe d'alerte ;
 - plus le rebond d'adiposité est précoce, plus le risque d'obésité est élevé ;
 - le surpoids (incluant l'obésité) est défini par un IMC > 97^e percentile des références françaises ;
 - l'obésité, qui est définie par un IMC \geq au seuil IOTF-30*, est une forme sévère de surpoids.
- L'examen clinique de l'enfant a pour objectif essentiel d'éliminer une obésité secondaire (endocrinienne ou syndromique) et de rechercher des comorbidités et des complications**.

* IOTF : International Obesity Task Force.

** La conduite de l'examen clinique ainsi que les étiologies des obésités dites « secondaires » sont détaillées dans les recommandations HAS 2011⁽¹⁾.



La courbe de corpulence, un appui pour expliquer ce qui a été repéré

• Reporter la valeur de l'IMC sur la courbe de référence objective le niveau de corpulence actuel (le surpoids ne se constate pas toujours visuellement).

• Retracer « l'historique de la corpulence » depuis la naissance permet de voir la tendance évolutive du surpoids. Cela peut aussi orienter la recherche d'événements contemporains de la prise de poids : accident ou maladie de l'enfant ou d'un proche, changements dans la structure familiale, difficultés sociales, déménagement, etc.

• Prolonger la courbe au-delà de l'âge actuel permet de visualiser ce que pourrait être l'évolution spontanée. C'est également un appui pour expliquer la dynamique de la corpulence car le « Ça va s'arranger tout seul, il mincira en grandissant » peut être vrai, mais seulement si la prise de poids ralentit.

Il s'agit d'être vigilant quant aux mots employés, chacun pouvant revêtir, aux yeux de l'enfant et de sa famille, une symbolique ou une signification différente. Dans ce contexte, plutôt que de dire directement à l'enfant « Tu es en surpoids », il est préférable de se référer à ce que montre sa courbe pour éviter de le culpabiliser.

Écouter et comprendre pour accompagner

• Dans le cadre de la relation de soins, l'objectif de la démarche qui sera mise en route consistera à construire avec le patient une réponse individuelle, appropriée, à partir de ce qu'il est, de ce qu'il sait, de ce qu'il croit, de ce qu'il redoute, de ce qu'il espère et à partir de ce que le professionnel est, sait, croit, redoute et espère.⁽²⁾

Tenir compte des facteurs environnementaux et sociaux

Le surpoids d'un enfant ne s'explique pas seulement par des facteurs génétiques et des comportements individuels. Il résulte aussi de multiples déterminants environnementaux, sociaux, économiques et culturels, comme :

- le rythme de sommeil, le temps passé à regarder la télévision ;
- les habitudes alimentaires des parents et de la fratrie, le contenu habituel du réfrigérateur ;
- le temps et les moyens disponibles pour les loisirs, notamment les équipements sportifs ou de loisirs du quartier.

Tenir compte de l'ensemble de ces facteurs environnementaux et sociaux, et donc du fait que « tout ne vient pas des parents et/ou de l'enfant », permet d'adopter une posture empathique et déculpabilisante. Cette attitude permet d'établir un climat de confiance qui est un atout pour que les familles puissent revenir ultérieurement en consultation sans craindre d'être jugées.

Élaborer un langage commun

Au carrefour du culturel, de l'affectif et du social, les représentations en matière d'alimentation, de corpulence et de santé sont extrêmement variables d'un individu à l'autre, tant dans la population générale qu'au sein des professions de santé.

Et vous, docteur, êtes-vous à l'aise avec votre poids ?

En amont du dialogue avec le jeune et les parents, il est utile pour le professionnel de s'être questionné sur ses propres représentations ainsi que sur sa propre image corporelle. En effet, le professionnel de santé pourrait être considéré différemment par l'enfant et sa famille selon qu'il est lui-même :

- en surpoids (« Je me demande si ce médecin parviendra à quelque chose avec mon enfant parce que, quand on le voit... ») ;
- ou, au contraire, plutôt mince (« C'est facile pour vous, docteur, vous êtes mince. Vous pouvez manger ce que vous voulez ! »).

Avoir préalablement réfléchi à la représentation que l'on a de son propre corps et du corps des autres, à l'image que l'on a des personnes en surpoids, à sa propre corpulence, etc., permet de ne pas être dérouter par certaines remarques, voire de tirer le meilleur bénéfice possible de son statut pondéral :

- « Tu vois, moi aussi j'ai des problèmes avec mon poids. Tout comme toi, il me faut faire des efforts. »
- « En effet, nous sommes très inégaux par rapport au poids, certaines personnes en prennent plus facilement que d'autres. Mais je fais aussi des efforts pour rester en bonne santé... »

Partir des idées et des représentations de l'enfant et de sa famille permet de mieux les connaître, de bien comprendre le sens des mots qu'ils utilisent et, ainsi, de construire un langage commun pour fonder les actions

sur leurs motivations et leurs points de vue. Des questions ouvertes, qui encouragent l'enfant et la famille à s'exprimer, permettent de mieux cerner leur vécu, leur expérience, ce qu'ils pensent, etc.

Exemples de questions pour explorer, avec l'enfant et sa famille, leur vécu, leurs habitudes et leurs représentations

• Le vécu du poids

Comment te sens-tu (à la maison, à l'école ou au lycée, avec tes amis) ? Qu'est-ce que tu penses de ton poids ? Et tes copains, qu'est-ce qu'ils disent ? Que pensez-vous de la corpulence de votre enfant ? D'après vous, comment le vit-il ?

• Le risque et les conséquences du surpoids

Es-tu inquiet ou préoccupé par ton poids ? Pourquoi ? Son poids vous préoccupe-t-il ? D'après vous, quelles peuvent être les conséquences de son surpoids pour sa santé ? Et pour sa vie quotidienne ?

• L'alimentation

Est-ce que manger est important pour toi ? À ton avis, quel est le rapport avec ton poids ? Comment se passent les repas à la maison ?

• L'activité physique et la sédentarité

Qu'est-ce que tu aimes faire comme activités à la maison ? Et dehors ? Quels sports aimes-tu ? Quelles activités faites-vous le week-end ? Comment les enfants passent-ils leur temps en dehors de l'école ?

• La prise en charge

Selon vous/toi, qu'est-ce que nous allons mettre en place ensemble ? Pensez-vous/penses-tu que cela sera facile ?

Prendre en compte le risque de stigmatisation

Dès le plus jeune âge, les enfants en surpoids peuvent être victimes de moqueries et de railleries de la part de leurs pairs et parfois même d'adultes, y compris de leur famille. Cette stigmatisation peut déclencher, chez l'enfant ou le jeune qui en est la cible, des sentiments de vulnérabilité, de honte, de diminution de l'estime de soi, voire des troubles anxieux ou dépressifs... Un cercle vicieux peut alors se développer, alimenté par une diminution du plaisir à pratiquer une activité physique, un retrait des activités collectives ou une recherche de compensation d'émotions négatives (chagrin, gêne, ennui) par la nourriture^[3].

La motivation au changement : une étape préliminaire

« On se persuade mieux, pour l'ordinaire, par les raisons qu'on a soi-même trouvées, que par celles qui sont venues dans l'esprit des autres. »
(Pascal, Pensées)

Le dialogue permet de rechercher avec l'enfant les raisons pour lesquelles il aurait envie d'être plus mince. Ses réponses (s'habiller ou courir plus facilement, être moins essoufflé, ne plus subir de moqueries...) ne sont pas toujours les mêmes que celles de ses parents (santé future, meilleur accès à une vie sociale ou professionnelle...) ou des professionnels de santé.

Il s'agit aussi d'évaluer avec eux la confiance que l'enfant et ses parents ont dans leurs capacités à effectuer des changements, d'identifier des freins éventuels, mais aussi des leviers et des besoins d'aide. Parfois, parents ou enfant ne sont pas prêts à un changement immédiat ou ont d'autres priorités ; il faut savoir l'accepter tout en leur indiquant la possibilité d'en reparler ultérieurement s'ils le souhaitent.

Laisser un temps de maturation

Il est bienvenu de laisser à la famille un temps de réflexion. Un deuxième rendez-vous spécifiquement dédié au surpoids peut être proposé quelques semaines plus tard, afin d'aborder avec le jeune et sa famille les moyens à mettre en œuvre pour un changement des habitudes de vie.

Pour mieux cerner les habitudes de l'enfant, il peut lui être proposé de tenir un journal alimentaire et d'activité physique, qu'il apportera à la consultation suivante.

Quelques principes généraux de prise en charge

La progression trop rapide de la corpulence résulte d'un déséquilibre de la balance énergétique. La prise en charge vise à restaurer cet équilibre en agissant au niveau de l'alimentation, de l'activité physique, de la lutte contre la sédentarité, des rythmes de vie – dont le temps de sommeil – et des aspects psychologiques.

Dans la très grande majorité des cas, le **but de la prise en charge n'est pas de perdre du poids, mais de ralentir la progression de la courbe de corpulence. Ainsi, les régimes à visée amaigrissante, inefficaces voire nocifs à long terme, ne sont pas recommandés.** En revanche, les repères nutritionnels du Programme national nutrition santé (PNNS)

conseillés pour tous les enfants et adolescents* restent valables pour la majorité des jeunes en surpoids ou obèses.

La prise en charge est fondée sur les principes de l'éducation thérapeutique du patient. L'approche implique toute la famille – et même la famille élargie – pour la santé de chacun, mais aussi pour éviter des pratiques ou des propos qui isoleraient l'enfant au sein même de sa famille.

Ce parcours s'inscrit dans la durée il est parfois nécessaire de s'appuyer sur l'expertise de plusieurs professionnels (médecins, diététiciens, psychologues, éducateurs en activité physique adaptée), sous la coordination du médecin traitant.

* À retrouver sur www.mangerbouger.fr, rubrique professionnels de santé.

Outils pratiques et ressources documentaires

Supports pour votre pratique

- Courbes de corpulence 0 à 18 ans/Filles et garçons. À télécharger sur www.inpes.fr
- Kit « Utiliser le disque d'indice de masse corporelle en pratique clinique ». À consulter et télécharger sur www.inpes.fr
- Callmo 2- Logiciel de suivi de la corpulence des enfants. À télécharger sur www.sante.gouv.fr
- « Surpoids chez l'enfant et l'adolescent » – Mémos de l'Assurance maladie. À consulter et télécharger sur www.ameil.fr/professionnels-de-sante/medecins

Informations et ressources en ligne

www.mangerbouger.fr : le site nutrition de l'Inpes, pour le grand public et pour les professionnels.
www.cnrepop.com : le site de la coordination nationale des RéPPOP (Réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique).
www.apop-france.com : le site de l'Association pour la prise en charge et la prévention de l'obésité en pédiatrie.
www.cnao.fr : le site du Collectif national des associations d'obèses.

Ressources documentaires pour en savoir plus

- Haute autorité de santé. *Recommandations de bonne pratique – Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : HAS, à paraître en 2011 [www.has.sante.fr].
- Consulter et télécharger sur www.sante.gouv.fr :
Ministère chargé de la Santé, Association pour la prise en charge et la prévention de l'obésité en pédiatrie. *Activité physique et obésité de l'enfant : bases pour une prescription adaptée*. Paris : Direction générale de la santé, coll. Synthèses du PNNS, 2008 : 80 p.
- Consulter et télécharger sur www.inpes.fr :
– Ministère chargé de la Santé, Assurance maladie, Inpes, Afssa, InVS. *J'aime manger, j'aime bouger – Le guide nutrition pour les ados*. Saint-Denis : Inpes, 2004 : 28 p.
– Ministère chargé de la Santé, Assurance maladie, Inpes, Afssa, InVS. *Livret d'accompagnement du Guide nutrition des enfants et ados pour tous les parents destiné aux professionnels de santé*. Saint-Denis : Inpes, 2004 : 152 p.